

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180431185 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADILSON ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA FACE (PAREDE ANTERIOR DO SEIO MAXILAR ESQUERDO E ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

951.770.274-49

Adilson Araújo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Adilson Araújo da Silva	CPF titular da conta	951.770.274-49	Profissão	Recebedor-22
Endereço	Rua Albino Alves Barbosa	Número	21/nº	Complemento	
Bairro	Matos	Cidade	SJP	Estado	PB
Email	ccf.adm@gmail.com	CEP	58340000	Telefone (DDD)	031-98849-5530

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0922		52.770	4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO	17 SET. 2013		
Name	PROTÓCOLO		
NRO.			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SJP-73, 17 de Setembro de 2013

Local e Data

Adilson Araújo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



EWIRKEY EVIDÊNCIAS/A

17 SET. 2019

**PROTOCOLO
AO. JOÃO PESSOA**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

032.045.904-35

Nome completo da vítima:

Rosineerson Azvedo de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Rosineerson Azvedo de Souza

Profissão:

Recurso

Endereço:

Rua: Benides Vaz queimado, 400

Bairro:

José Bonifácio

Cidade:

Estado:

BA

CPF:

032.045.904-35

Número:

4

Complemento:

casa

CEP:

59.628.400

Tel. (DDD):

18419-9852-8771

E-mail:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

REUSSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0560

CONTA: 00471726

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]**:

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

MORTE

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restarcar o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Local e Data: Juazeiro/BA 22/12/2018

Name: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Rosineerson Azvedo de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Flavia das Graças de Araújo

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - AG TERRA DA LIBERDADE
DATA: 04/12/2018 HORA: 12:14:00
TERMINAL: 23801001 CONTROLE: 238010010393

AGENCIA: 0560 - MOSSORÓ
CONTA: 013.00171726-7
CLIENTE: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
07/11	0,00
08/11	0,00
09/11	0,00
14/11	0,00
19/11	0,00
20/11	0,00
23/11	0,00
25/11	0,00
01/12	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
05/11	2.042,89
06/11	3.539,17
07/11	5.620,61
08/11	0,00



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 49/2018

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO:

COMUNICANTE: ADILSON ARAÚJO DA SILVA **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO **NATURALIDADE:** SAPÉ-PB **PROFISSÃO:** AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS **DATA DE NASCIMENTO:** 15/02/1975 **IDADE:** 43 ANOS **RG:** 1.780.844 SSP/PB **CPF:** 951.770.274-49 **FILIAÇÃO:** JOSÉ ARAÚJO DA SILVA E SEVERINA CAMILO DA SILVA **ENDEREÇO:** RUA JOSÉ DOS SANTOS, Nº. 08, MUTIRÃO, SAPÉ-PB. **TELEFONE:** 83-99349-5647 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO **COR DA PELE:** MORENO **DIA DO OCORRIDO:** 03/12/2017 **LOCAL DO FATO:** ESTRADA QUE LIGA SAPÉ-PB A CRUZ DO ESPÍRITO SANTO-PB.

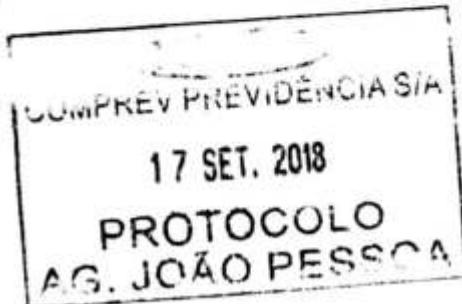
HISTÓRICO: ADILSON ARAÚJO DA SILVA AFIRMA QUE NO DIA 03/12/2017 POR VOLTA DAS 18:00H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI DE PLACA OFZ-3863/PB, DE COR VERMELHA, DE PROPRIEDADE DO SR FLÁVIO JOSÉ DE OLIVEIRA, PELA ESTRADA QUE LIGA A CIDADE DE SAPÉ-PB AO MUNICÍPIO DE CRUZ DO ESPÍRITO SANTO-PB, AO EFETUAR UMA CURVA O VEÍCULO DERRAPOU NA AREIA QUE HAVIA NA PISTA E, EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, VINDO A CAIR SOBRE O SOLO, TENDO SOFRIDO DIVERSAS LESÕES SIDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

Vítima/Comunicante: X Adilson Araújo da Silva

Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 06 de julho de 2018

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação - Polícia Civil
Matrícula 100.258-1





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012834/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/12/2018 16:54 Data/Hora Fim: 05/12/2018 17:19
Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 20/11/2018 20:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: AV. PRESIDENTE DUTRA
Complemento: CASA

Bairro: Alto de São Manoel
Nº: XXXXX

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA (VITIMA , COMUNICANTE , CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 25/02/1982

Profissão: Motoboy

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Rosimer de Azevedo

Nome do Pai: Aderson Franco de Sousa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 012.045.904-35

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: R Eurides N da S Pinto

Nº: 4

Bairro: Presidente Costa e Silva

CEP: 59.628-400

Telefone: (84) 98812-1140 (Celular)

Nome Civil: MARCOS ANTONIO MEDEIROS FELIPE (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 01/06/1968

Profissão: Motorista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Antonia Eleite de Medeiros Felipe

Nome do Pai: Jose Felipe Filho

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 566.648.184-34

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: R Artur D Leite

Nº: 1

Bairro: Dom Jaime Câmara

CEP: 59.628-460

Telefone: (84) 99218-4515 (Celular)

Nome Civil: ROMULO DE SOUSA COSTA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 17/02/1984

Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz
Impresso por: Gleibert Ribeiro Santos da Silva
Data de Impressão: 05/12/2018 17:20
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia



RAG

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012634/2016

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Aparecida Franco de S. Costa

Nome do Pai: Francisco Roque da Costa Filho

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 049.798.144-09

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: R Jd Hortência

Nº: 62

Complemento: CASA

Bairro: Alto do Sumaré

CEP: 59.634-035

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Renavam: 1100311529

Placa: QGJ2138

Número do Chassi: *****81286

Ano/Modelo Fabricação: 2016/2016

Cor: Laranja

UF Veículo: Rio Grande do Norte

Município Veículo: Mossoró

Marca/Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI

Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido**Envolvidos**

Rosiaderson Azevedo de Sousa

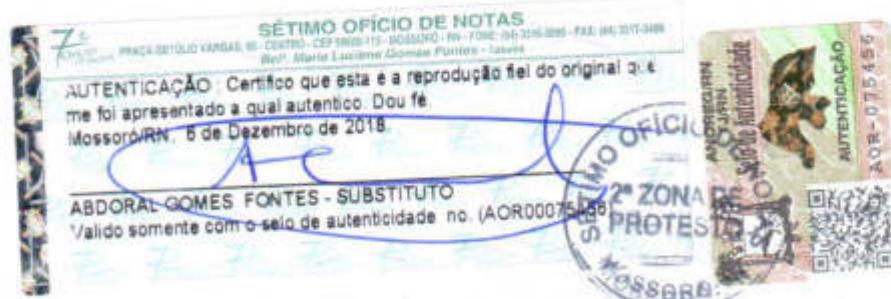
Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARCEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, PARA NOTICIAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADO, SE ENCONTRAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA ACIMA JÁ MENCIONADO, QUANDO AO SE APROXIMAR DO CRUZAMENTO, SE ASSUSTOU COM UM OUTRO VEÍCULO EM SENTIDO CONTRÁRIO, FAZENDO FREAR BRUSCAMENTE, PERDENDO O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR, SOFRENDO LESÕES CONFORME CONSTA NO BOLETIM DE ATENDIMENTO N°: 32137/2016 DO HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA. DISSE AINDA O DECLARANTE QUE FOI SOCORRIDO PELAS TESTEMUNHAS ACIMA ARROLADAS E NADA MAIS DISSE.

ASSINATURASGleiber Ribeiro Santos da Silva
Responsável pelo AtendimentoRosiaderson Azevedo de Sousa
(Comunicante / Vítima / Condutor)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu, juntamente com o(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo, empenhando-me a cumprir o que estabelece o artigo 339 - Denúncia e 340 - Comunicação Pública de Crime no Código Penal Brasileiro."



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Adilson Araújo da Silva

CPF da Vítima

051.770.274-49

Data do Acidente

03/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

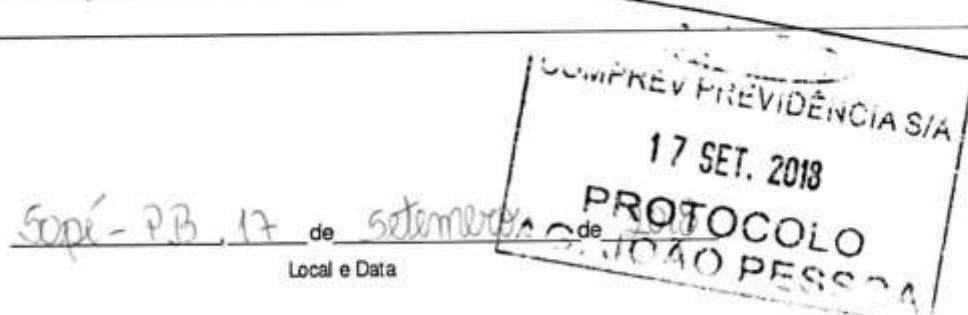
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Adilson Araújo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do vínculo ou AGL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

022.045.304-35

Rosauderson Azevedo de Souza

CPF:

022.045.304-35

Número:

Complemento:

802A

Nome completo:

Rosauderson Azevedo de Souza

Profissão:

Pescador

Endereço:

Rua: Rua das Vaquejadas, 1000

Bairro:

Aba São Joaquim

Cidade:

Ilheus - BA

Estado:

BA

CEP:

59.628.400

Tel. (000)

(84) 99.852.8171

E-mail:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo, assimilar uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (informe o número)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0560

CONTA: 00.434.726

[informar o dígito se constar]

AGÊNCIA:

CONTA:

[informar o dígito se constar]

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização recebível do Seguro DPVAT a que sou direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, dotação total no valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente. Uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Peço motivo anotado, sobre o preenchedimento da anotação do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 6º, §4º, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data da óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou filhos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider paga, direta ou indiretamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem estar vivo, estando ciente, ainda, de que qualquer omitido da declaração não verdadeira poderá gerar a congelação de recursos ou valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 294 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Local e Data: Ilheus/BA 32/12/2017

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RG

Rosauderson Azevedo de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - AG TERRA DA LIBERDADE
DATA: 04/12/2012 HORA: 12:14:00
TERMINAL: 23881001 CONTROLE: 238810010393

AGENCIAS: 8558 - MISSORI
CONTA: 013.00171726-7
CLIENTE: ROSINDERSON AZEVEDO DE SOUSA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/11/2012

DATA	VALOR
07/11	0,00
08/11	0,00
09/11	0,00
14/11	0,00
19/11	0,00
28/11	0,00
23/11	0,00
25/11	0,00
01/12	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
05/11	2.042,89
06/11	3.539,17
07/11	5.620,61
08/11	0,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **31301033759** CPF da vítima: **012.045.304-35** Nome completo da vítima: **Rosenderson Azevedo de Souza**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Rosenderson Azevedo de Souza	CPF: 012.045.304-35
Profissão: Recreio	Endereço: Al. Exerides Magalhães Silveira
Barro: Altos São Joaquim	Cidade: José Bonfim
E-mail:	Estado: PE
	CEP: 59.623.400
	Tel.(DDD): (84) 9-3850-8771
	Número: 4
	Complemento: casa

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0560**

CONTA: **00171726 7**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: **José Bonfim/PE 29.05.**

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Rosenderson Azevedo de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

+ Estória das Gracas de Araujo

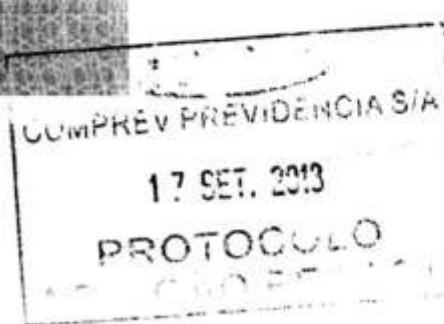
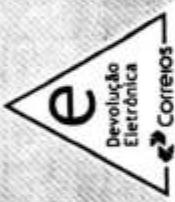
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

A vida pede mais que um banco





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO NÍO-GRADE DO NORTE
Avendida Senator Teixeira Filho, 1888, Tivoli, CEP 59615-000
CNPJ: 36.334.365/0001-36 / INRC: Entidade 20002.421-3
Adm. Central (84) 3232-4433 / Divisão: (84) 3232-0002

BALANÇO DE ATENDIMENTOS:

115

115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 16/10/2018 AS 11:52:44

MATRÍCULA: 3456391 MÊS/ANO: 10/2018

DADOS DO CLIENTE

LUZIA DE SOUZA ROCHA
AV EURIDES NOGUEIRA SILVA PINTO, N. 4 - ALTO 5.
MANDEI MOSSORÓ RN 59625-400

INSCRIÇÃO	ROTA	REQUINTA	QUANTIDADE DE BUCHONAS
307.026.165.0183.006	1	4079	PERÍODICO, ESPECIAL, INDUSTRIAL, PÚBLICO
Y165638965	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO
CONSUNTO ÁGUA (m³): 6			DATA LEITURA: 16/10/2018

LEIT. ATUAL: 47
LEIT. ANT.: 41
DIAS CONSUMO: 29

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
09/2018	3	07/2018	0	05/2018	0	0
08/2018	0	06/2018	0	04/2018	0	0

DESCRICAÇÃO

ÁGUA	CONSUMO	TOTAL(R\$)
RES ENTRE SEI E IPOM 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	6 m³	39,99
ESGOTO		
70,0% DO VALOR DE ÁGUA		27,99
MULTA P/IMPOUNTALIDADE 09/2018		1,37
JUROS DE MORA 08/2018		0,70
FATURAS EM ATRASO		
REF 201809 70,05		

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	67,98	1,65	1,12
COFINS	67,98	7,6	5,17

VENCIMENTO: 23/10/2018 TOTAL A PAGAR: 70,05

MONITORAMENTO BÁSICO DA QUALIDADE DA ÁGUA					
Parâmetros	Turíndes	pH	Chlor. Total	Cloro Residual Livre	Nitrato (nitroso-N)
Valores Permitidos	± 0,0 UT	6,0 a 8,8	% da Ausência	≥ 0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	0,63	7,8	100,0 %	0,5	



CAERN - 08.334.385/0001-35

Nº Documento: 2018113036391

ESCRITÓRIO

MOSSORÓ LESTE

CPF/CNPJ:

243.034.104-20

VENCIMENTO

23/11/2018

MATRÍCULA

00303639.1

CLIENTE

LUIZA DE SOUZA ROCHA

INSCRIÇÃO

307.025.165.0163.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

AV. EURIDES MOGUEIRA SILVA PINTO, N. 4 - ALTO S. MANOEL MOSSORÓ RN 59620-

FATURA

11/2018

RESPONSÁVEL: ENDERECO PARA ENTREGA

ÁGUA

LIGADO

ESGOTO

LIGADO

ÚLTIMOS CONSUMOS

10/2018 -	6	09/2018 -	5
08/2018 -	0-30	07/2018 -	0-30
06/2018 -	0-30	05/2018 -	0-30
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	4	R	5321

LEITURA

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO

(M³)

DIAS

(M³)

16/10/2018

17/11/2018

Descrição dos serviços e tarifas

Consumo por faixa

Valor R\$

AQUA			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE			
CONSUMO DE ÁGUA		4.103	39,99
REGOLTO: 70,00 % DO VALOR DA ÁGUA			27,99
MULTA E/IMPORTEALIDADE	10/2018		1,31
JUROS DE MORA	09/2018		0,70

TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO

PERCENTUAL (%)

VALOR DO IMPOSTO

PIS
COFINS

67,92

0,01

0,64

67,98

0,03

2,04

TOTAL

R\$

70,05

O EXÉRCITO ESTÁ CONVOCANDO PARA O EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA, DE 10 A 14 DE DEZEMBRO DE 2018.

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDA
(Decreto nº 5.440/05 e Portaria nº 2.914/11 do Ministério da Saúde).

Mês/Ano: 10/2018

GERÊNCIA REGIONAL: REGIONAL OESTE

Parâmetros	Turbidez	pH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMF e Recomendações	5,0	6,0 A 9,5	% DE AUSÊNCIA	0,2 A 2,0 MG/L	<= 10,0 MG/L
Valores obtidos	0,90	7,80	100,00	2,00	

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 12/12/2018

MATRÍCULA
00303639.1INSCRIÇÃO
307.025.165.0163.000ROTA DE ENTREGA
01.4073FATURA
11/2018NÃO RECEBER APÓS
28/02/2019

VENCIMENTO

23/11/2018

VALOR R\$

70,05

GRUPO: 91

FIRMA: I

VIA CAERN

82600000000-8 70050006307-3 00303639101-3 11201870003-2



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adilson Araújo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364-99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adilson Araújo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 951.770.274-49, do sinistro de DPVAT cobertura Imóveis da Vítima Adilson Araújo da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 951.770.274-49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua da Boa Vista</u>		Número	<u>172</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>José Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>
Email	<u>ccf-odvs@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>83-3506-1010</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83-98849-5530</u>

José Pessoa-PB 17 de Setembro de 2018
Local e Data

Adilson Araújo da Silva/Interventor
Assinatura do Declarante

CUMPREU PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2018
PROTÓCOLO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Maria das Graças de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.994.944-48, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Roseaderson Almeida de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.045.904-35, do sinistro de DPVAT cobertura 3º Validação da Vítima Roseaderson Almeida de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.045.904-35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios:
Recurso

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua: Barreiros Negreira Silva Pinto</u>		<u>4</u>	<u>casa</u>
<u>Alto São Januário Jossoro</u>		<u>PE</u>	<u>59.628.400</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 12 de dezembro de 2018
Local e Data

José Maria das Graças de Araujo
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Flávio José de Oliveira,
RG nº 3.931.977, data de expedição 28/12/2010,
Órgão 5505/PB, portador do CPF nº 109.649.624-97,
com Domicílio na cidade de Sobá, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Pedro Boim da Silva
Mutirão nº 18, complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
Adilson Araújo da Silva, cujo o condutor
era Adilson Araújo da Silva.

Veículo.....: Motocicleta
Ano.....: 2015
Modelo.....: Honda CG 150 FAN CS DI
Placa.....: OFZ 3863/PB
Chassi.....: 9C2KC1680FRD23868
Data do acidente.: 03/12/2017

Local e data: Sobá-PB, 17 de Agosto de 2018

X Flávio José de Oliveira
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



X _____ Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

FELICIANO DA SILVA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
RECONHECO, COM AUTÊNTICA E VERDADEIRA, ASSINAR FIRMAR
FLÁVIO JOSÉ DE OLIVEIRA
En test. da verdade. Sape-PB 17/08/2018 12:25:41
Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrivane
(2018-006841)ENHUL-RS 49,48 FAPERJ-RS 0,28 FEPJ-RS 1,90
SELO DIGITAL: WAQ83758-QP0U
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.mtgs.br>

Rua Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746
Prédio - CEP: 58340-000 Fone/Fax: (83) 3285-2111
Severino Lúcio Nogueira Feliciano
Tribuna Substituto
Mor. 3 de Lourenço Castro Gusmão
Secretarista

Jr. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746
Fone: (83) 3285-2341/9313-5105
CEP 58340-000-Sobá-PB

COMPREFV PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2018
PROTOCOLO
AC 1030 PRESA



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: Paulo de Souza Data: 27/11/13

End.: Rua 10 de Novembro

Bairro: Centro Cidade: Sapé

Unidade de origem: União

Motivo de Encaminhamento

Problema: Dolor de estômago
Antecedentes: Vomitação, náuseas
Exame: Rxgastro, Urografia, USG abdominal
Medicamentos: Paracetamol, Zantac
Observação: Pedi para fazer exames
Medicamento Administrado: Paracetamol

Referenciado para: Hospital Universitário

Contra referência

Motivo: Alcoolose

Contra referência para:

CUMPRÉV PREVIDÊNCIA S/A

17 SET. 2013

PROTOCOLO

AG. JOSÉ JOSÉ PESSOA



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
HOSPITAL REGIONAL DR. SÁ ANDRADE

DECLARAÇÃO

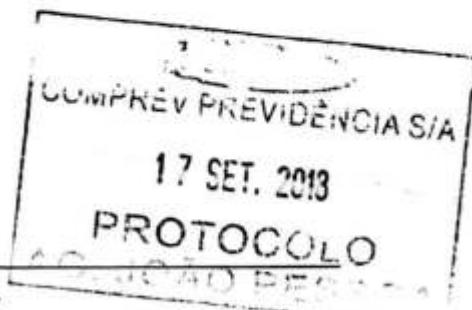
Declaro para os devidos fins de direito que o Srº. ADILSON ARAUJO DA SILVA, residente na Rua José dos Santos nº8, - Centro – Sapé- PB, Nascido em 15/02/1975 o qual deu entrada neste serviço de saúde(Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé - PB) na data de 03/12/2017, vitima de acidente de moto, o qual foi atendido pela equipe médica deste serviço de saúde, realizado Rx. Sendo encaminhado para outra unidade.(Hospital de Trauma – João Pessoa)

Esta declaração é verdade e dou fé.

Sapé-PB, 10 de Setembro de 2018

Atenciosamente,


Eduardo da Silva Costa
Diretor Geral
MAT 2122473
EDUARDO DA SILVA COSTA
Diretor Geral





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ADILSON ARAUJO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	15/02/75
NOME DA MÃE	SEVERINA CAMILO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.046.059
DATA DO ATENDIMENTO	03/12/17
HORA DO ATENDIMENTO	20:33
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE OSSOS MAXILAR ESQUERDO + FRATURA DE PROCESSO ZIGOMÁTICO ESQUERDO
CID 10	S02.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma de face, com edema e escoriações. Dor em joelho esquerdo. Glasgow 15. Apresenta fratura de paredes do seio maxilar esquerdo e do processo zigomático esquerdo

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC dos seios da face

TC de crânio

RX de joelho esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura das paredes do seio maxilar esquerdo, na asa maior esquerda do esfenóide e no processo zigomático esquerdo.

TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR: 03/12/17

DATA DA EMISSÃO: 31/07/18

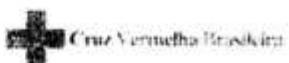

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

17 SET. 2013

PROTOCOLO



AV ORESTES LISBOA, 19 - SETOR

CENTRÔNOM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Série: 3

Número: 1046059

**Identificação do paciente**

ID 236603	Nome ADILSON ARAUJO L S.	Sexo Masculino
Data de nascimento 15/02/1975	Idade 42 anos 9 meses 16 dias	Estado civil Solteiro
Mae SEVERINA CAMILO DA SILVA		Pai JOSE ARAUJO DA SILVA
Escolaridade		Responsável (Parátesco) MARIA BETAVIA DA SILVA - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993495647	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento: 1780844	Fone Fixo
Local de procedência HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPE)		Nº Crs 886304146346576
Email	Naturalidade SAPE	Tipo UNIDADESAUDE
		UF PB
		CBOR

Endereço

CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Lagradouro JOSE DOS SANTOS
Número 08	Complemento:	Selmo	MULTIRAO II

Admissão

Data e Hora 03/12/2017 20:33:10	Número do paciente 1000062670	Convenio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Classe
Classificação de risco		Crédito do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE TRÂNSITO	Detalhe do acidente COLISAO / OUTRO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Ponto de saída Não	Local de atendimento n.c.	Trauma Não
Meio de transporte TRANSPORTE PÚBLICO		Local de transporatado	

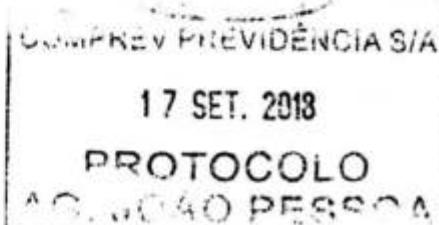
Sinais Vitais

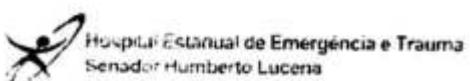
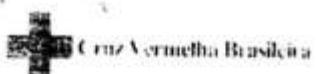
PA	Ritmo	Temperatura
X		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	ECG []	Resonografia []
Dados clínicos				

Diagnóstico	ICD
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	Tempo 17seg



**AREA VERMELHA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ADILSON ARAUJO DA SILVA	BAE 1046059	Data/Hora Entrada 03/12/2017 20:33:10	Data Baixa
Data de nascimento 15/02/1975	Idade 42	Sexo Masculino	CNS 898004146346578
Mãe SEVERINA CAMILO DA SILVA			Telefone de Contato (83) 993495647
Endereço JOSE DOS SANTOS, 08	Bairro MULTIRAO II	Município SAPE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FELIPE FREITAS DINIZ DE LIMA	Nº Cons. Regional 10190/PB
Data/Hora Classificação 03/12/2017 20:33:10		Data/Hora Prescrição 03/12/2017 20:43:47	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO COM CAPACETE ABERTO, APRESENTANDO EDEMA E ESCORIAÇÕES EM FACE E EM JOELHO ESQUERDO. SEM OUTRAS QUEIXAS. REFERE TER INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA.

CUIDADOS**SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA****SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO****SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA****EXAME DE IMAGEM****TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES****TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO****RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)****CID10**

Código	Descrição
R52.0	Dor aguda

Conduta

Em observação

ADILSON ARAUJO DA SILVA

FELIPE FREITAS DINIZ DE LIMA
 (10190/PB)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

17 SET. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 03/12/2017 20:33:27

Data:	03/12/17 20:43
Usuário:	FELIPE FREITAS
Bolelm:	1046059

PRESCRIÇÃO MÉDICA

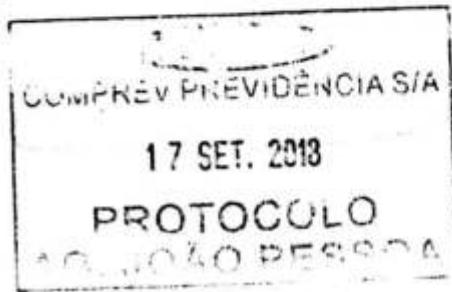
Name		Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição
ADILSON ARAUJO DA SILVA		15/02/1975	42	MASCULINO	1046059	03/12/2017 20:43:47
Motivo do Atendimento		Enfermista / Leito			Validade da Prescrição	
Convenio					03/12/2017 20:43:00 - 04/12/2017 20:43:00	
SUS						
Matrícula						
SUS						
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Poss.
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0					
1 NEUROcirurgia	0.0					
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0					
3 PARECER ORTO	0.0					

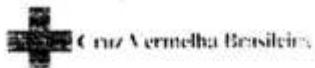
03 de Dezembro de 2017

FELIPE FREITAS DINIZ DE LIMA

CRM 10190

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

070-23MF

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente *	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ADILSON ARAUJO DA SILVA	1046059	03/12/2017 20:33:10	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
15/02/1975	42	Masculino	(83) 993495647
Mãe			Prontuário
SEVERINA CAMILO DA SILVA			50477
Endereço	Bairro	Município	UF
JOSE DOS SANTOS, 08	MULTIRAO II	SAPE	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FRANCISCO NEUTON DE O MAGALHAES	5914/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
03/12/2017 20:33:10		03/12/2017 21:58:32	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

Anamnese

#NEUROCIRURGIA

TCE LEVE

QUEDA DE MOTO HÁ 4H, COM PERDA FUGAZ DA CONSCIÊNCIA, SEM VÔMITOS.

GLASGOW 15, SEM DÉFICITS FOCAIS. HEMATOMA NO MAXILAR ESQUERDO.

TAC DE CRÂNIO: FRATURA DE OSSOS DA FACE

AUSÊNCIA DE FRATURA DE OSSOS DO CRÂNIO

AUSÊNCIA DE LESÕES FOCAIS

ALTA DA NEUROCIRURGIA

AOS CUIDADOS DA BUCOMAXILOFACIAL.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Dr. Nêuton Magalhães
Esp. em Dor e Parkinson
Neurocirurgião Plástico
CRM PB 5914 / CRM PE
CNS 2074200004720007

ADILSON ARAUJO DA SILVA

FRANCISCO NEUTON DE O MAGALHAES

(: 5914/PB)

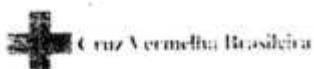
COMPRAV PREVIDÊNCIA S/A

17 SET. 2013

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 03/12/2017 20:33:27



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ADILSON ARAUJO DA SILVA	BAE 1046059	Data/Hora Entrada 03/12/2017 20:33:10	Data Baixa 2017-12-03 22:50:54.0
Data de nascimento 15/02/1975	Idade 42	Sexo Masculino	CNS 898004146346578
Mãe SEVERINA CAMILO DA SILVA			Prontuário 50477
Endereço JOSE DOS SANTOS, 08	Bairro MULTIRAO II	Município SAPE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional AUTRAN DA NOBREGA ALVES	Nº Cons. Regional 4072/
Data/Hora Classificação 03/12/2017 20:33:10		Data/Hora Prescrição 03/12/2017 22:51:12	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ APROXIMADAMENTE 4H, CURSANDO COM TRAUMA EM FACE. NEGA ÊMESE, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, DOENÇAS DE BASE, RELATA DESMAIO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EUPNÉICO, NORMOCORADO, DEAMBULANDO, RESPONSIVO, EM BEG E SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE. AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA PERIORBITÁRIO (E), ABRASÕES E ESCORIAÇÕES EM REGIÃO ZIGOMÁTICA (E) E MENTAL. ACUIDADE VISUAL E MOBILIDADE OCULAR PRESERVADAS, PERFUSÃO NASAL MANTIDA, ABERTURA BUCAL LIMITADA. AO EXAME DE IMAGEM APRESENTA TRAÇOS SUGESTIVOS DE FRATURAS EM REGIÃO DE PAREDE ANTERIOR DE SEIO MAXILAR (E), ARCO ZIGOMÁTICO (E).

- CD: 1) EXAME CLÍNICO;
- 2) AVALIAÇÃO DE EXAME DE IMAGEM;
- 3) RETORNO HTOP (08/12/17);
- 4) PRESCRIÇÃO;
- 5) ORIENTAÇÕES;
- 6) ALTA BMF.

CID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos malares e maxilares

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

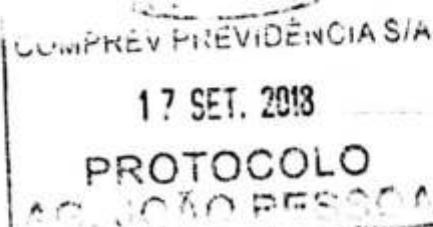
Usuário AUTRAN DA NOBREGA ALVES	Data e Hora 03/12/2017 22:50:54
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações

ADILSON ARAUJO DA SILVA

AUTRAN DA NOBREGA ALVES

(4072)

Autran da Nobrega Alves
Crusta HOLO-MAXILL-Fracura
03/12/2017



B.M.F

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

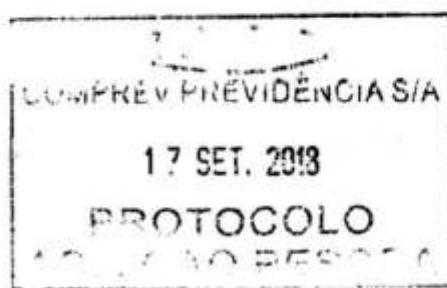
Tel:

CNES: 6121221

Paciente ADILSON ARAUJO DA SILVA	BAE 1046099	Data/Hora Entrada 03/12/2017 20:33:10	Data Baixa
Data de nascimento: 15/02/1975	Idade: 42	Sexo: Masculino	CNS 898004146346578
Mãe SEVERINA CAMILO DA SILVA			Telefone de Contato (83) 993495647
Enderço JOSE DOS SANTOS, 08	Sane: MULTIRAC II	Município SAPE	Prontuário 50477
Acidente QUEBRA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MATHEUS MARINHO ENOMOTO	Nº Cons. Regional 10204/PB
Data/Hora Classificação: 03/12/2017 20:33:10		Data/Hora Prescrição 03/12/2017 22:24:44	
Convênio SUS	IT Matrícula		Senha
Anamnese			
#ORTOPEDIA			
#PACIENTE VITIMA DE COLISAO DE MOTO. COM DOR NA REGIAO DE FACE. SEM DOR EM JOELHO ESQUERDO. APENAS ESCORACOES LOCAIS			
RX: SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXACAO			
CD: ANALGESIA ALTA DA ORTOPEDIA SAT 5000 UI IM			
MEDICAÇÃO			
SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA). ADMINISTRAR 5000,0 ML VIA INTRAMUSCULAR. AGORA, 0,0 (MGTSM)			
Conduta			
Em observação			

ADILSON ARAUJO DA SILVA

MATHEUS MARINHO ENOMOTO
(10204/PB)



Data:	03/12/17 22:24
Usuário:	MATHEUS
Boleim:	1046059

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição		
ADILSON ARAUJO DA SILVA	15/02/1975	42	MASCULINO	1046059	03/12/2017 22:24:44		
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito						
Convenio							
SUS							
Name do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA)	5000.0	ML		INTRAMUSCUL	AR	AGORA	

03 ce Dezembro de 2017

MATHEUS MARINHO ENOMOTO

CRM: 10204

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201730960229

Idade: 42 anos

Paciente: ADILSON ARAUJO DA SILVA

Data: 03/12/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIOS

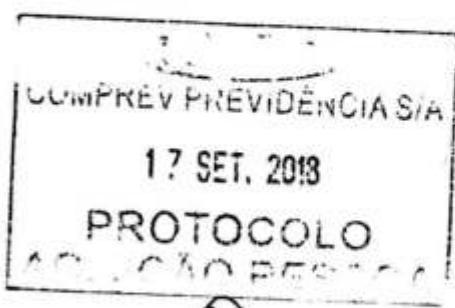
Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fratura das paredes do seio maxilar esquerdo, na asa maior esquerda do esfenoide e no processo zigomático esquerdo, com gás no espaço mastigador esquerdo.
Material denso no interior seio maxilar esquerdo podendo corresponder a sangue.
Espessamento do revestimento mucoso das demais cavidades paranasais.
Septo nasal desviado para direita.
Gás na região malar esquerda.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 04/12/2017 13:47

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



Atendimento: 201730960229

Idade: 42 anos

Paciente: ADILSON ARAUJO DA SILVA

Data: 03/12/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura das paredes do seio maxilar esquerdo, na asa maior esquerda do esfenóide e no processo zigomático esquerdo, com gás no espaço mastigador esquerdo.

Material denso no interior seio maxilar esquerdo podendo corresponder a sangue.

Espessamento do revestimento mucoso das demais cavidades paranasais. Septo nasal desviado para direita.

Gás na região malar esquerda.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 04/12/2017 13:51.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Unidade: UPA TARCISIO DE VASCONCELOS MAG

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 84399 Atendimento Nº:

NOME: ROSSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA Idade: 25/02/1982 (36a 8m)

CPF: 200128547140000 NOME: MARIA ROSIMAR DE AZEVEDO Profissão: MOTOTAXISTA

Endereço: BRIGADEIRO SALEMA N.º S/N Complemento:

Bairro: ALTO DE SAO MANOEL Cidade: MOSSORÓ/RN Estado: Telefone: NÃO INFORMOU

Clínica: CLÍNICA MEDICA CPF DO PACIENTE: (NAO TROUXE) Data: 20/11/2018 Hora: 20:18

Motivo da Procura: PRONTO ATENDIMENTO Rubrica Servidor: ALEX ALVES

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO: () Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente

Acolhimento com classificação de risco:

Quaisquer:

Analectados Alérgicos:

HAS ()	DM: ()	Assinatura:	Classificação:
---------	---------	-------------	----------------

ANAMNESE:

*Paciente com dor de gola
dificuldade de respirar
desde ontem.
Início quando fiquei de má humor.*

EXAME FÍSICO:	Peso: _____	Temperatura: _____	F.C.: _____	PA: _____	FR: _____	Coração: _____
	SpO2: _____	HGT: _____				

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório:

() Radiológico:

() ECG	() Outros
---------	------------

Hipótese do Diagnóstico:

Febre.

Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para ATI

Salida: Data/Hora / / às : h. () Alta referido para UBS () Óbito

() Outra Unid. Urgência () Especialidade

() Internação no Hospital:

CID:

Médico: (Certiфикат и Ассистент)



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Unidade: UPA TARCISIO DE VASCONCELOS MATA

84399

Atendimento N°:

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:

NOME: ROSSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Idade: 25/02/1982 (36a 8m)

CPF: 200128547140000

NOME: MARIANO ROSIMAR DE AZEVEDO

Profissão: MOTOTAXISTA

ENDERECO: BRIGADEIRO SALEMA

Nº: S/N

Complemento:

BAIRRO: ALTO DE SAO MANOEL

Cidade: MOSSORÓ/RN

Estado:

Telefone: NÃO INFORMOU

CLÍNICA MEDICA

CPF DO PACIENTE: (NAO TROUXE)

Data: 20/11/2016

Hora: 20:16

Motivo da Procura:
PRONTO ATENDIMENTO

Assinatura: Rubrica Servidor: ALEX ALVES

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO:

 Emergência Urgência Não Urgência Acidente de Trabalho Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS: DM:

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE:

*Poções com uso de glicose
al metil -
Aprendendo a ler e escrever
em 5º ano de vida não consegue*

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glengola: _____

SpO2: _____ HGT: _____

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

 Laboratório: Radiológico: ECG Outros

Hipótese do Diagnóstico:

(P) Tumore.

CID:

Conduta: Medicção Observação Laudo para AIH

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Saída: Data/Hora _____ / _____ / _____ às _____ : _____ h.

 Alta referido para UBS Óbito Outra Unid. Urgência Especialidade Internação no Hospital:

④ Encontrado no M.R.T. na
avaliação o tempo de co

Dr. Iago M. Pachá Lette
Médico
CRM-RN 9536



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: **27492 - ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA** (36 a 8 m 23 d)

Nascimento: 25/02/1982

Natural: MOSSORÓ-BRASIL

Sexo: F Cor: PARDAS

CNS: 708906748769118

CPF: 01204590435

Prof:

Mãe: MARIA ROSIMAR DE AZEVEDO

Pai: ASDERSON FRANCO DE SOUSA

Logradouro: BRIGADEIRO SALEMA, 4

Bairro: ALTO DE SAO MANOEL

Cidade: MOSSORÓ

CEP: 59628030

Compl:

Telefone: 84.988121140 84 988121140

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

*Empresa:

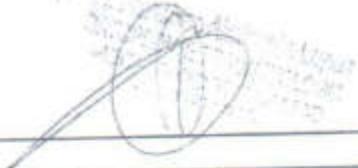
Origem: SOZINHA

OBS:					Classificação: 20/11/2018 20:59:10					PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS		

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 36a, trauma em 5 quirodactílio de mão direita após acidente de trabalho.UPA ALTO.Dr.Iago

Hora: _____

PTA: 200 mmHg de dor
 IM: 50% da art. In
 NDI: 40% incisão
 + na tra curv
 Cx: 100% +


Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

DATA: 05/12/2018
SIN

SABERFACULT

*Saída: - () Decisão médica; () OutroServiço; () Evasão; () Óbito () Interna: CID _____

Proc. _____

Data: ___/___/18. Hr: ___ : ___ Ass. Médico: _____



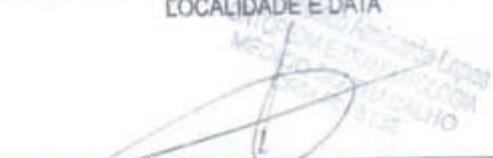
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado ROS 1710000 -
MARIA DE SOUZA
foi examinado nesta Unidade às 24 horas, necessitando
de 15 (quinze) dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data.

Ribeirão Preto 10/11/88

LOCALIDADE E DATA


ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86
do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será
expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do
trabalho.



INSTITUTO DE ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA DE MOSSORÓ

RECEITUÁRIO

1º Tratamento feito em outubro.

Leitos injetados

Próxima visita de orientação de Terapias.

2º A cada dia fazendo (exercícios) de relaxamento.

(exercícios) evitando com excesso do relaxamento

Individual ou individualmente direto.

Na altura: fazer compressa, ombrão-

www.iotmossoro.com.br

(84) 4109-0208 / 99700-5408

Rua Duodécimo Rosado, 1430, Nova Betânia - Mossoró - RN

CEP: 59607-020

31 de novembro de 2010, dia de
nascimento, dia de nasci-
mento no momento. Presente neste dia
do nascimento.

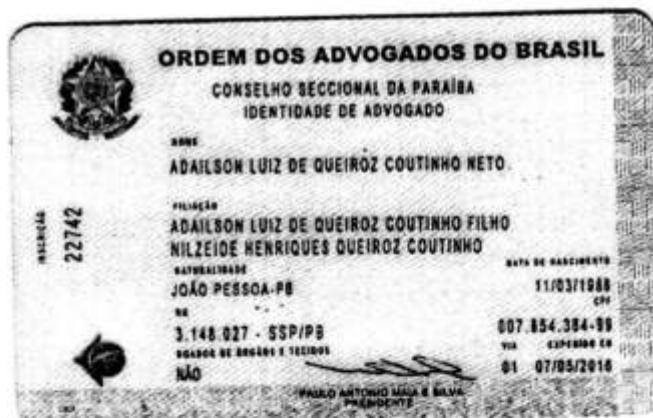
C.D: 552.6


Michael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da mão

23/10/2013



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2018
PROTÓCOLO
AC. JUCA PESSOA



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

17 SET. 2013

PROTOCOLO





Portrait of George Washington

George Washington

George Washington

George Washington

MINISTÉRIO DO TRABALHO

DO TRABALHADOR

Está é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo da Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações constante neste documento e o seu cuidado de conservação, espelham a carreira, qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância e seu dever protegê-la e cuidá-la, por si só, de conferir o registro de sua vida profissional e a garantir a preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

MINISTÉRIO DO TRABALHO

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FONTE DE AMPARO AO TRABALHADOR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

131.06810.19-9

NÚMERO

2731258

SÉRIE

002-0

UF

RN

Maria das Graças de Araújo

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



NOME: MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO

LOC. DE NASC.: COPIARA - CE
FLUM.: FRANCISCO PAULINO DE ARAUJO

FRANCISCA SOARES

DOC. APRESENTADO: RG 2000869 SSP RN

ESTADO CIVL: SOLTEIRO

LEI 10.992 DE 10 DE MAIO DE 1995.

RG: 2000869

LOCAL DA EMISSÃO: CENTRAL DO CIDADÃO MOSSORÓ-RN
EMISSÃO: 20/09/2007

SERGIPANO D. De S. Gomes

ASSINATURA DE FUSÃO

02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

25091972

CPF: 049 094 944-48

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

PLACAR:

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

L E G E N D A

A-CABAMENTO | C-EX-DACAO | E-INCENDIO/MENTE DE INTENCIONAL
B-SE-XOCOS | D-ADOCAGOS | F-ALIYANCA VOLUNTARIA | G-DATA DE NASCIMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 011545334620
 43930269174

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
EPT 20150800003946-6

VIA:	1	COO/PELAVAM:	0104388594-0	RNFRC:	00/00000000
FLAVIO JOSE DE OLIVEIRA R MARIA LUCIA RAMOS DA SILVA 1 NOVA BRASILIA 58340000 SAPE-PB					
10964852497			0P23863/PB		
NOVO RUMO MOTORES E PEÇAS LTDA					
PLACA ANTO:	NOVO	PB	9C2KC1680FR023868		
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC				ALCO/GASOL	
HONDA/CG150 FAN ESDI				2015	2015
2 P/149 /CI	CATEGORIA			COR PREDOMINANTE	
VERMELHA					
OBSERVAÇÕES: A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA					
N.Motor : KC16E8F023868 0					
SAPE-PB 14346		VALID:	31/03/2015		7003781

COMPREV PRÉVIDÊNCIA S/A

17 SET. 2018

PROTÓCOLO
 ACORDO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN / RN

DETAN - RN 11528 // 00782 N° 014242740316
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº INSCRIÇÃO
1 011003215529

Nº TRIBUTO

2018

ROSTADEBON AZEVEDO DA SODA

SEGURADO OBRIGADO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

RN N° 014242740316 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

012.045.904-25
PLACA ANT. (ST)
QGJ2138/RN
PLACA (CÓDIGO)
QGJ2138

EXERCÍCIO
2018 DATA EMISSÃO
22/10/2018
PLACA
QGJ2138

PASSAGEIRO / MOTO/CICLO/PAO	RECLAMAÇÃO	ALCOOL/CAIXA
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
BORDA/ CG 160 PAN ESDI	2016	2016
- CAD / PÓT / CL	CATEGORIA	1º CAD PRINCIPAL/UNICO
0CW/162 CILINDRADA	ALUGUEL	LAVADA
I COTA ÚNICA	VNC. COTA ÚNICA	VNC. COTA ÚNICA
P R\$ 0,00	22/10/2018	1º PAGO
V FÁCIA PVA	PRATICAMENTO / COTAS	2º PAGO
A 002 892 32	R\$ 12,32	3º PAGO
PRÉMIO TANDEM (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO		
*** DEZAS DEPTRAN: PAGO *** DEZAS DEPVT: PAGO		

1º PAGO	012.045.904-25
REVISÃO	01100311529
REDA/CG 160 PAN ESDI	REDA/CG 160 PAN ESDI
ANO FAB.	2016
CAD/RN	928RC220008081266

PRÉMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFARIO
REVISÃO (R\$)

DATAS DE PAGAMENTO

DATA DE PAGAMENTO

DATA

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

JUCIELE ARAUJO DA SILVA
RUA PEDRO BARBOSA DE LIMA, 18 - MUITIRÃO
SAPE / PB CEP 58340000 (AG. 51)

Emissão: 31/07/2018 Referência Jul/2018

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO 8+200 Km²- Corte Redutor Júlio Pessas/ FB-CEP 58071-460
Rito: 19-51-195-1570 NPI medidor: 00000977261

 energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.091.163/0001-40 - Insc. Est. 19.015.622-0

Nota Fiscal/Centro de Energia Elétrica Nº 010.342.142
Cód. para Déb. Automática: 00004402768

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2018	31/07/2018	30/08/2018	115.846.124-66 Insc. Est.

UC (Unidade)

- Tarifa Social de Energia
Nº 10.428, de 28 de setembro de 2017

CAIXA FÍSICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

216-596900563-7

04/Ago/2018 HORA DF: 08:50:19

Anterior

Data Leit
29/06/18 73

CO Detalho

0801 Consumo até 2
0801 Adic. B. Verme.
0810 Subsídio

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ENERGISA PB - DISTR ENERGIA SA

VALOR DO PAGAMENTO: 36,07

8364000000003 360700540006
044027520186 071000510199

216-596900563-7

1ª VIA

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 36,07 0,00 0,00 17,39 0,18 0,06

Média últimos meses (kWh)

114

VENCIMENTO
07/08/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 36,07

Histórico de Consumo (kWh)

109 | 109 | 110 | 104 | 167 | 111 | 111 | 123 | 137 | 128 | 41 | 115
Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Feb/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18

a792.891d.1911.92c2.31a7.72d8.63f6.1f1c.

Indicadores de Qualidade

5/2018-5/2018

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
D/C MENSAL	0,27	
D/C TRIMESTRAL	12,24	0,35
LCANUAL	12,08	NONVIAL
PC MENSAL	1,68	222
PC TRIMESTRAL	16,37	1,00 CONTRATADA
PC ANUAL	19,95	LIMITE INFERIOR: 202
DMC	0,30	LIMITE SUPERIOR: 231
DCR	12,21	

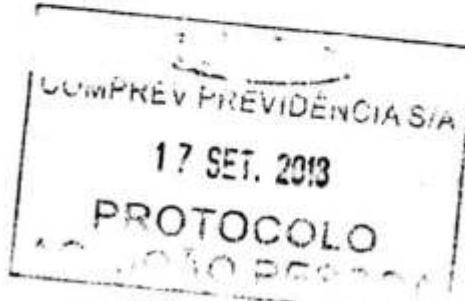
Discriminação	Valor (R\$)	%
serviços de distribuição de energia PB	11,92	33,06%
compra de energia	11,92	33,06%
serviço de transmissão	11,92	33,06%
emissora de televisão	0,00	0,00%
impostos diretos e encargos	27,42	76,98%
outros serviços	0,00	0,00%
Total	36,07	100,00

Valor de EU/USD (Ref 5/2018) R\$4,26

ATENÇÃO

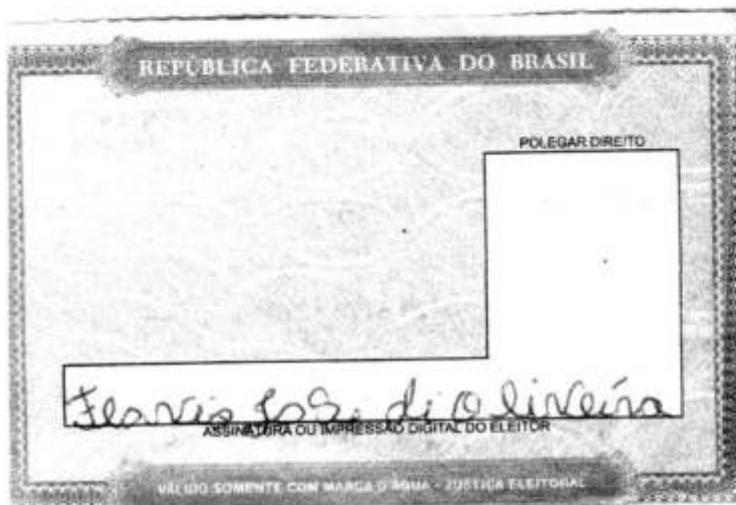
- Faturou Anteriores Períodos/latas conforme contrato firmado.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$16,73

Faturas em atraso



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL NOME	3.931.977	DATA DE EXPEDIÇÃO 28/12/2010
FLÁVIO JOSÉ DE OLIVEIRA		
FRAÇÃO		
SANTINA ANA DE OLIVEIRA		
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO
SAPÉ-PB		09/05/1993
DOC ORIGEM NASC.N.32334 FLS.088V LIV.A-37		
CARTÓRIO SAPÉ-PB.		
CPF	<i>Flávio José de Oliveira</i>	
John Pessoa - PB	Assinatura do Diretor - DA	
ASSINATURA DO DIRETOR		
LEI N° 7.116 DE 29/06/83		



www.receita.fazenda.gov.br

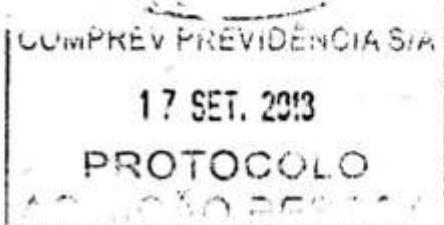
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Centro de Processamento de Dados

109.648.524-97

FLÁVIO JOSÉ DE OLIVEIRA

09/05/1993

DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016644/19

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

CPF: 012.045.904-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/11/2018

Titular do CPF: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO : 049.094.944-48

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA : 012.045.904-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/01/2019
Nome: MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO
CPF: 049.094.944-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016644/19

Número do Sinistro: 3190035759

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

CPF: 012.045.904-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/11/2018

Titular do CPF: ROSIADERSON AZEVEDO
DE SOUSA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO : 049.094.944-48

Documentos de identificação

Procuração

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/04/2019
Nome: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA
CPF: 012.045.904-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016644/19

Número do Sinistro: 3190035759

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

CPF: 012.045.904-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/11/2018

Titular do CPF: ROSIADERSON AZEVEDO
DE SOUSA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/05/2019
Nome: MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO
CPF: 049.094.944-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190035759 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1/4 ANEXO 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. RAPHAEL M. GONÇALVES, CRM 6320, DE 23/05/2019 . P 1/2 DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA EVIDENCIANDO RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM EVIDÊNCIA DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL À VÍTIMA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180431185 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADILSON ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA FACE (PAREDE ANTERIOR DO SEIO MAXILAR ESQUERDO E ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Adilson Araújo da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** Solteiro
PROFISSÃO: Analista de Serviços Gerais **Nº DO RG:** 378.0844
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB **DATA DE EMISSÃO:** 15/08/92
Nº DO CPF: 951.770.274-49 **ENDEREÇO:** Rua Albinor Alves
 Ponteira, 51m², Bairro Matuxó, Sopé-PB, CEP 58340000

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB **DATA DE EMISSÃO:** 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99 **ENDEREÇO:** AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
 CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário
Adilson Araújo da Silva, ao qual tem direito o
 outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela
 seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o
 referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos,
 receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao
 número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
 necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou
 órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e
 Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também
 poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de
 Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de
 inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
 apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Sopé-PB, 17 de Agosto 2018.

Adilson Araújo da Silva
 Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



Feliciano da Silva

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
 Reconheço, como autêntica e verdadeira, assim firmado:
 ADILSON ARAÚJO DA SILVA

Em test da verdade. Sape-PB 17/08/2018 12:21:04
 Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrivente
 (2018-0066940)ENOL:R\$ 49,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90
 SELO DIGITAL: AHJ83757-SNOY
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Rua Con. Renato Ribeiro Coutinho, 1748 - Centro
 Paraíba - CEP 58.000-000 FortePará (83) 3283-2341
 Serviços Locais Multidisciplinares Feliciano da Silva

CARTÓRIO ÚNICO

Severino Lucim M. Feliciano Sô

Inhabito Substituto

Assunto: de Lourenço Góisão Gusmão

Encarregado

Av. Con. Renato Ribeiro Coutinho, 1748

Fone: (83) 3283-2341/9313-5100

CEP 58340-000 Sape-PB

COMPRA PREVIDÊNCIA S/A

17 SET. 2018

PROTOCOLO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

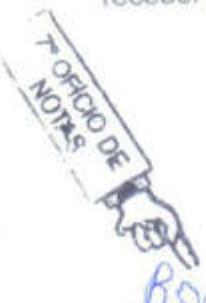
Nome: Rosiaderson Azevedo de Souza
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Mobiliário Identidade: 002-156.390
Endereço: Rua: Execler 1.000 apto 501, bairro: Jardim

PROCURADOR:

Nome: Maria das Graças de Araujo
Nacionalidade: presidente Est. Civil: S. Solteira
Profissão: consultora Identidade: 002.000.869
CPF: 013.094.944-48
Endereço: Rua: Execler 1.000 apto 501, bairro: Jardim

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sinceres e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações, bem como, levantar valores decorrente da indenização do Seguro DPVAT, junto ao Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal ou Bradesco ou qualquer outra agência credenciada, podendo ainda assinar, dar e receber quitação, tudo para o fiel cumprimento deste mandato.

ASSÚ,RN 06/12/2018
Local e data


Rosiaderson Azevedo de SOUSA

Assinatura do Beneficiário/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: Rosiaderson Azevedo de Souza
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Mobiliário Identidade: 002-156.390
Endereço: Rua: Execler 1.000 apto 501, bairro: Jardim

PROCURADOR:

Nome: Maria das Graças de Araujo
Nacionalidade: presidente Est. Civil: S. Solteira
Profissão: consultora Identidade: 002.000.869
CPF: 013.094.944-48
Endereço: Rua: Execler 1.000 apto 501, bairro: Jardim

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sinceres e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações, bem como, levantar valores decorrente da indenização do Seguro DPVAT, junto ao Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal ou Bradesco ou qualquer outra agência credenciada, podendo ainda assinar, dar e receber quitação, tudo para o fiel cumprimento deste mandato.

ASSÚ,RN 06/12/2018
Local e data



Rosiaderson Azevedo de SOUSA

Assinatura do Beneficiário/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

SÉTIMO OFÍCIO DE NOTAS
PRACIA GETULIO VARGAS, 86 - CENTRO - CEP 59001-110 - MÓDULO 01 - FONE: (84) 3219-3000 - FAX: (84) 3217-3498
Bem: Maria Luizette Gomes Fontes - Testemunha

Reconheço por autenticidade a firma de ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA, selo n.º (AJI00002657), assinada na presença. Dou fé
Mossoró/RN, 6 de Dezembro de 2018.

Em testemunho Ac da verdade Ac
Abdoral Gomes Fontes - Substituto
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

ZONA DE PROTESTO
MOSSORÓ/RN

ANOTE R/N
SELO DE AUTENTICIDADE
FIRMA 1
AJI-00002657

7c

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016644/19

Número do Sinistro: 3190035759

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

CPF: 012.045.904-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/11/2018

Titular do CPF: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/05/2019
Nome: MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO
CPF: 049.094.944-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016644/19

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

CPF: 012.045.904-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/11/2018

Titular do CPF: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO : 049.094.944-48

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA : 012.045.904-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/01/2019
Nome: MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO
CPF: 049.094.944-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339558/18

Vítima: ADILSON ARAUJO DA SILVA

CPF: 951.770.274-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/12/2017

Titular do CPF: ADILSON ARAUJO DA SILVA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ADILSON ARAUJO DA SILVA : 951.770.274-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/09/2018
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016644/19

Número do Sinistro: 3190035759

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

CPF: 012.045.904-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/11/2018

Titular do CPF: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO : 049.094.944-48

Documentos de identificação

Procuração

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/04/2019
Nome: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA
CPF: 012.045.904-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190035759 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1/4 ANEXO 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. RAPHAEL M. GONÇALVES,CRM 6320, DE 23/05/2019 . P 1/2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ADILSON ARAUJO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180431185

Vitima: ADILSON ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 03/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180431185**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ADILSON ARAUJO DA SILVA**

Sinistro: **3180431185**

Vítima: **ADILSON ARAUJO DA SILVA**

Data do Acidente: **03/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180431185** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ADILSON ARAUJO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180431185**

Vitima: **ADILSON ARAUJO DA SILVA**

Data do Acidente: **03/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180431185**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190035759

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190035759

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Documentação médica-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190035759

Vítima: ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROSIADERSON AZEVEDO DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

